Über recidivierende Lähmungen bei der Hysterie.

INAUGURAL-DISSERTATION

WELCHE

ZUR ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

IN DER

MEDICIN UND CHIRURGIE

MIT ZUSTIMMUNG

DER MEDICINISCHEN FACULTÄT

DER

FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT ZU BERLIN

AM 17. MÄRZ 1893

NEBST DEN ANGEFÜGTEN THESEN

ÖFFENTLICH VERTEIDIGEN WIRD

DER VERFASSER

Jankel Schlapoberski

aus Keidany (Russland).

OPPONENTEN: Hr. cand. med. Maiselis.
„ cand. med. Schless.
„ cand. chem. Bachrach.

BERLIN

C. VOGT's BUCHDRUCKEREI (E. EBERING).

Linkstrasse 16.

Meinen teuren Eltern

in Liebe und Dankbarkeit gewidmet.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41535707_0025

In den letzten 8—10 Jahren ist viel über periodisch wiederkehrende Lähmungen geschrieben worden. Zuerst wurde die ärztliche Aufmerksamkeit auf die recidivierende Oculomotoriuslähmung gelenkt. Den ersten solchen Fall hat Gubler (Gaz. des Hôp. 1860) schon im Jahre 1860, den zweiten Fall Camuset (L'Union, p. 906, 1876) im Jahre 1876 beschrieben. Aber in weiteren Kreisen ist dieses Krankheitssymptom (oder diese Krankheitsform) durch die zusammenfassenden Arbeiten von Möbius (Schmidts Jahrb. 1885, 207, p. 244 bzw. 249), Mauthner (Vorträge . . . 1866), Senator (Zeitschr. f. kl. Med. p. 656, 1887) u. A. bekannt geworden. Dann wurden recidivierende Facialislähmungen beschrieben, so namentlich von Möbius (a. a. O.), Neumann (Arch. de Neural. 1887, juillet), Bernhardt (Berl. kl. Wchschr. 1889, 47) u. A. Es sind auch Fälle von recidivierender Abducenslähmung beschrieben, z. B. von Paterson (Lancet II. 11. 1890) u. A. Ueber das Wesen dieser Lähmungen ist man noch nicht einig, wovon später die Rede sein wird. Es sind noch an anderen Nerven, bei bestimmten Krankheiten, wiederkehrende Lähmungen bekannt geworden. Ich will hier nur der allbekannten Thatsache des zeitweisen Verschwindens und Wiederkehrens der Lähmungserscheinungen bei multipler Sklerose, Tabes, progressiver Paralyse, Lues erwähnen. Eine Krankheitsform mit periodischer Lähmung einzelner Glieder oder fast des ganzen Körpers ist ebenfalls in den etzten 10 Jahren mehrfach beschrieben worden, über deren

Wesen man noch ganz im Unklaren ist; über solche Fälle haben Westphal (Berl. kl. Wchschr. 1885), Fischl (Prager med. Wchschr. 1885), Cousot (Revue de méd. 1887. p. 190), Goldflamm (Zeitschr. f. kl. Med. 1891. p. 240. Spl. H.) u. A. berichtet.

Schliesslich recidivieren nicht selten die Lähmungserscheinungen bei der Hysterie. Wenn man grössere Zusammenstellungen über diese Krankheit liest, findet man in den Krankengeschichten nicht selten, dass bei einem Pat. in einem gewissen Zeitraum eine Mono-, Para- oder Hemiplegie mehrmals aufgetreten war.

Durch die Güte des Herrn Prof. Mendel bin ich auch in die Lage versetzt worden, über 2 hysterische Frauen mit Lähmungserscheinungen berichten zu können, welche aber eine seltene Art darstellen: das sind hemiparetische oder hemiplegische Anfälle von sehr kurzer Dauer (eine viertel bis eine halbe Stunde) und sehr häufigem Aufeinanderfolgen.

I. Fall (22. VII. 92). Anamnese: A. L., Handelsfrau, 51 Jahr, hereditär belastet: die Mutter ist geisteskrank gestorben. Nie koncipiert. Lues wird geleugnet. Pat. war bis vor einem Jahre gesund. Zu dieser Zeit traten zugleich mit Beginn der Menopause Schwindelanfälle auf mit Flimmern vor den Augen und Kopfschmerzen in den Schläfen und im Hinterhaupt, welche ungefähr eine viertel bis eine halbe Stunde dauerten. Anfangs traten diese Anfälle 3—4mal täglich, jetzt bis 10mal auf. Umgefallen ist Pat. nie. Erbrechen und Ohrensausen sind nie vorhanden gewesen. Sehkraft für die Nähe schwächer geworden (Presbyopie). Das Gedächtnis ist seit den Anfällen angeblich so abgeschwächt worden, dass sie sich oft besinnen muss, „was sie gegessen hat“. Bei diesen Anfällen tritt Kriebeln in dem linken Arm, dann in der linken Gesichtshälfte (einschliesslich der linken Zungenhälfte), in der Schulter, in der linken Seite (der Magen zieht sich gleichsam dabei mit der Schulter zusammen), in der Hüfte und schliesslich im linken Bein auf. Gleichzeitig hat Pat. Schwäche im linken Arm und Bein, die aber ausserhalb

der Anfälle nicht beobachtet wird. Der Mund war nie nach einer Seite verzogen. In der linken Seite sind diese Anfälle seit 8 Tagen, vorher waren sie in der rechten Seite. Sie hat vor 8 Tagen wieder ihre Menstruation bekommen und seit dieser Zeit wird die andere befallen. Seit dieser (?) Zeit will sie auch schlecht mit dem rechten Ohre hören. Während die Anfälle rechts auftraten, konnte Pat. schlecht sprechen, sie hatte ein Gefühl, als wenn ihr die Zunge angeschwollen wäre. Die Anfälle treten auch des Nachts, wenn sie wach ist, auf. Früher Globus. Während der Untersuchung tritt ein derartiger Anfall auf, während dessen Pat. das linke Bein deutlich nachschleppt. Sie leidet an Halluciationen des Gesichts und Gehörs: sie sieht manchmal, wenn sie allein bleibt, Personen im Zimmer, Mäuse umherlaufen, hört des Nachts, dass Jemand in der Küche wirtschaftet, weckt den Mann, steckt Licht an und geht, um sich zu überzeugen. Schlaf gut, 10—11 Stunden; Stuhlgang normal, nie Blasenstörungen. In ihren häuslichen Verhältnissen hat sie viel Kummer und Aerger: „der Mann ist hitzig und garstig, hat wenig Arbeit (er ist Arbeiter"), sie muss für den Unterhalt sorgen.

Status: Pat. ist eine kleine, dürftig genährte Frau. Objektiv keine Schwindelerscheinungen. Tremor manuum et linguae. Romberg'sches Phänomen sehr deutlich. Sehr lebhafte Reflexe. Die grobe Kraft in den Händen und Beinen sowie das Muskelgefühl sind auf beiden Seiten gleich. In der ganzen linken Körperhälfte auch an den linken Extremitäten ist die Sensibilität und der Temperatursinn stark herabgesetzt. Die linke innere Wangengegend weniger empfindlich als die rechte. Rechts das Gehör stark herabgesetzt.

Augen: Pupillen gleich, reagieren; Presbyopie; Gesichtsfeld nicht eingeengt.

Geruch beiderseits gleich.

Geschmack links stark herabgesetzt.

An den inneren Organen nichts Abnormes.

Keine schmerzhaften Druckpunkte.

Im Rechnen ist sie sehr schwach, „aber das war immer so." „Konstantinopolitanisch" konnte sie nicht

behalten, ebenfalls „Kottbuser Postkutschkasten“; aber „3. reitende Art.-Brigade“ konnte sie behalten. Sonst ist die Intelligenz durchaus nicht herabgesetzt.

Urin frei von Zucker und Albumen.

7. VIII. 92. Kein Romberg, kein Tremor manuum et linguae. Heute ist sie wieder menstruiert. Die Anfälle so wie früher. Durch die elektrische Behandlung fühlt sie sich gebessert.

Bds. Sklerose der Paukenhöhle. Befund: r. Trommelfell stark sehnig getrübt und einwärts gezogen mit multiplen Atrophien; l. Trommelfell stark sehnig getrübt und einwärts gezogen. — Untersucht in der Ohr.-Polikl. v. Dr. Baginsky.

4. X. Seit 14 Tagen treten die Anfälle jeden 1.—2. Tag auf. Sie klagt über fortwährendes lästiges Kriebeln in der linken Seitenhälfte; sonst keine Veränderung.

18. X. Die Menstruation nicht wiedergekehrt. Seit mehr als 2 Wochen keine Anfälle. Jetzt fortwährendes Kriebeln nur in der linken Hüfte und Hand. Sensibilität links in der Wange, Hand und im Fusse herabgesetzt. Sehvermögen, Geschmack, Geruch wie früher.

Elektrische Erregbarkeit normal.

10. II. 93. Schwindelanfälle 2–3mal täglich; die übrigen Erscheinungen unverändert.

Jetzt fragt es sich, ob dieser Fall wirklich in das grosse Gebiet der Hysterie gehört. Um diese Frage zu entscheiden, resumieren wir diesen Fall:

Bei einer 51jährigen, hereditär belasteten, früher nicht krank gewesenen Frau, treten mit Beginn der Menopause anfallsweise Schwindelanfälle, Flimmern vor den Augen, Kopfschmerzen in den Schläfen, und im Hinterhaupte auf, begleitet von hemiplegischen Erscheinungen anfangs rechts, wobei auch Sprachstörung da war, und mit der Wiederkehr der Menstruation, links. Gleichzeitig auf derselben Seite (als die Anfälle rechts auftraten, wurde sie noch nicht beobachtet) Hemianästhesie mit Störung des Geschmacks und Sensibilitätsstörung an der Wangenschleimhaut; Hallucinationen des Gesichts und Gehörs,

früher Globus. Mit der Zeit sind die Anfälle viel seltener geworden, und es besteht noch leichte Sensibilitätsstörung links an der Hand, dem Fusse und der Wange. Früher Romberg'sches Phänomen, Tremor linguae et manuum, jetzt nicht vorhanden. Angebliche Abnahme des Gedächtnisses. Der Facialis war nie afficiert.

Um die Frage zu entscheiden, ob dieser Symptomenkomplex einem funktionellen Leiden angehört, müssen wir zuerst die Möglichkeit einer organischen Grundlage ausschliessen.

Bei mult. Sklerose kommen allerdings manche der genannten Erscheinungen vor. So erzählt Strümpell, dass er wiederholt auftretende halbseitige epileptiforme Anfälle mit nachbleibender, rasch vorübergehender Hemiplegie in einem typischen Falle von mult. Sklerose beobachtet hat; dann die gesteigerten Patellarreflexe. Aber andererseits fehlen doch bis jetzt fast alle typischen Symptome der genannten Krankheit, wie das Intentionszittern, Nystagmus, skandierende Sprache, Fussklonus u. s. w.; dann kommt doch eine Sensibilitätsstörung, noch besonders eine Hemianästhesie, bei der multiplen Sklerose sehr selten vor. Eine recidivierende Parese kann schon bei dieser Krankheit vorkommen, weil der sklerosierende Prozess lange Zeit die Axencylinder noch verschont lässt, während die Markscheiden viel früher zu Grunde gehen. Aber der Mangel an typischen Symptomen ist zu gross, dass man diesen Fall zur mult. Sklerose rechnen könnte.

Die 2. Krankheit, auf welche man Verdacht haben könnte, ist die progressive Paralyse; dafür könnten die Hallacinationen, die Abnahme des Gedächtnisses sprechen. Aber diese Symptome kommen auch bei der Hysterie vor, und die ziemlich intelligente Frau macht durchaus nicht den Eindruck des Befallenseins von dieser Krankheit.

Gegen die progr. Paralyse sprechen auch die normalen Pupillen, die fehlende Sprachstörung u. s. w. und besonders die Besserung durch die Behandlung.

Für Hysterie dagegen sprechen: vor allem die Hemianästhesie mit teilweisem Ergriffensein der betreffenden Schleimhäute, was fast pathognomonisch für die Hys-

terie ist, das frühere Globusgefühl, die Besserung durch die Behandlung u. s. w. (und auch teilweise das Freibleiben des VII bei den hemiplegischen Anfällen). Die scheinbare Abnahme des Gedächtnisses spricht auch nicht gegen Hysterie, weil gerade dieses eine sehr häufige und sehr oft unberechtigte Klage der Hysterischen ist.

* * *

Fall II. Anamnese. M. G., Kaufmannsfrau, 41 J. alt. Eine Schwester leidet bei Aufregung an „Kopfkrämpfen", 2 Kinder an Krämpfen gestorben, sonst keine hereditäre Belastung. 2 Partus (beide Male die Kinder an Konvulsionen im Alter von 3—4 Tagen gestorben); 4 Aborte, Pat. litt seit ca. 6—8 J. an Kopfschmerzen (Kopfkoliken), die mit Uebelkeit und Erbrechen verbunden, selten länger als einige Stunden andauerten, früher bisweilen auch des Nachts; die Schmerzen begannen gewöhnlich im Vorderhaupte und waren im ganzen Kopf. Seit einem Jahre hat sie keine Kopfschmerzen mehr. Sonst will sie nie krank gewesen sein. Pat. klagt über Herzklopfen, Kreuzschmerzen, Magenschmerzen, fast jeden Morgen Globusgefühl. Seit November 1891 hat Pat. Anfälle von Schwindel ohne Bewusstseinsstörung, Kopfschmerzen oder Erbrechen, bei denen eine Schwäche im rechten Arm und Bein eintritt, die eine viertel bis eine halbe Stunde andauerten. Während des Anfalls ist der Arm nicht vollständig gelähmt, da sie leicht Bewegungen mit ihm ausführen kann, aber ihn aufzuheben ist sie nicht im Stande, dazu muss sie den anderen zu Hülfe nehmen.

Ein paar Monate vor Beginn dieser Anfälle hatte Pat. eine heftige Aufregung und denkt, dass das vielleicht damit zusammen hänge. Den ersten Anfall bekam sie plötzlich (sie glaubte, dann wäre es durch starken Kohlendunst verursacht worden). Der Mund soll niemals nach links verzogen worden sein. Anfangs bekam sie die Anfälle alle 8 — 14 Tage, dann alle 2—4 Wochen, noch später etwa 1mal in 6 Wochen. Während dieser Anfälle hat Pat. das Gefühl, als ob ihr die Sprache schwer fällt, will dann auch undeutlich und mit Mühe sprechen, weil „die Zunge ihr so schwer ist, als ob sie gelähmt wäre",

aber den Wortbegriff vergisst sie dabei nicht und hat während der Anfälle gesprochen. Die Anfälle bekommt sie auch im Schlafe; dabei wacht sie auf und der Anfall dauert noch; häufiger aber waren sie am Tage. Während des Anfalles Kriebeln im rechten Mundwinkel und in der rechten Hand. „Die ganze rechte Seite, der Arm, das Bein sind während des Anfalls direkt gespannt, als wenn es Alles zu kurz wäre," die ganze Seite zieht sich zusammen, aber kein Kriebeln ausser an den genannten Stellen. Pat. fühlt, dass sie einen Anfall bekommt und setzt sich hin, auch auf der Strasse; sonst muss sie das Bein stark nachschleppen. Den Anfällen geht Schwindel voraus.

Sie ist stets verstopft; zum Stuhl muss sie immer etwas einnehmen. Appetit gut. Sie will in den letzten Jahren sehr vergesslich und leicht aufregbar geworden sein. Seit dem Auftreten der Anfälle soll bei ihr die Periode etwas unregelmässig sein (alle 3 — 3 und eine halbe Woche, Dauer 8 Tage). Sie findet, dass die Sprache sich bei ihr in der letzten Zeit verändert hat, sie fällt ihr schwer. Schlaf gut, 9—10 Stunden.

* * *

Status praesens. Pat. ist eine ziemlich gut genährte mittelgrosse Person.

Im Bereich der Kopf- und Rumpfnerven nichts Abnormes. Keine Störung der Motilität und Sensibilität.

Reflexe normal, kein Fussklonus.

Die Zunge soll bei der ersten Untersuchung etwas nach rechts deviiert gewesen sein; aber bei den späteren Untersuchungen konnte ich es nicht wahrnehmen.

An den inneren Organen nichts Abnormes. Urin frei von Eiweiss und Zucker.

Sehvermögen gut, Gesichtsfeld nicht eingeengt. Gehör, Geschmack, Geruch normal. Keine schmerzhaften Druckpunkte.

Pat. will immer schlecht gerechnet haben und ist in der That im Rechnen sehr schwach: 5 mal 6 = 48; 6 mal 7 = 21 etc.

„Dritte reitende Brigade", „dritte reit. Art. Br.," etc. hat sie nicht nachsprechen können.

Aber sonst ganz intelligent.

(Beobachtungszeit 8 Monate).

* * *

Resumé: eine 41 Jahre, hereditär nicht besonders belastete Frau, hatte 4 Aborte (verdächtig auf Syphilis, welche von ihr nicht zugegeben wird); früher, ungefähr während 7 Jahre, Cephalaea. Herzklopfen, Kreuzschmerzen, Magenschmerzen; Globus. Seit 1 Jahre Schwindelanfälle mit Anfällen von Schwäche im r. Arm und Bein (Dauer 1 viertel — 1 halbe Stunde), begleitet von Sprachstörung (Zunge paretisch?). Parese begleitet von Kontrakturen? Nach ihrer Meinung hat sich ihre Sprache verändert (fällt ihr schwerer). Sonst somatisch nichts Abnormes. Schlechtes Gedächtnis und Rechnen.

* * *

Die Wahl ist in diesem Fall nur zwischen Hysterie und progressiver Paralyse (einen Tumor cerebr. kann man ohne weiteres ausschliessen). Für die letztere Krankheit würde ausser der periodisch auftretenden Motilitätsstörung, das angeblich veränderte Sprechen, das schlechte Gedächtnis und schlechtes Rechnen sprechen. Aber das schlechte Rechnen und schlechtes Gedächtnis spricht nicht mit absoluter Sicherheit für ein organisches Cerebralleiden, da es auch bei funktionellen Neurosen, besonders bei von Hause aus in dieser Beziehung nicht sehr ausgebildeten vorkommt; das schlechtere Sprechen ist allerdings sehr suspekt, aber objektiv ist in dieser Beziehung nichts zu bemerken. Und der äussere Eindruck, den die Frau macht, ist durchaus nicht von einer Dementen. Die übrigen Klagen der Pat., z. B. über Globusgefühl, Kreuzschmerzen, Herzklopfen etc. sprechen beim Fehlen von irgend welchen tastbaren Ursachen entschieden für Hysterie.

* * *

Die äusseren Reizerscheinungen betrachtend, entsteht die Frage nach dem Sitze der Reizungsursache. Jedenfalls sitzt sie in der linken Hemisphäre und wenn wir die Sprachstörung während des Anfalls als eine arti-

kulatorische auffassen, muss der Sitz ein kortikaler sein und zwar links in der Centralwindung und der pars opercularis (hint. Theil d. 3. l. Stirnwindung), angeblich mit Uebersprungen des kortikalen VII-Centrums, da wir den Angaben der Pat. zufolge die Reizerscheinung am r. Mundwinkel nur als eine sensible auffassen müssen, d. h. von Reizung einiger Trigeminusfasern abhängig sein muss. Aber da wir bei unsern Schlüssen nur auf die Angaben der Frau angewiesen sind (da ein Anfall von einem Arzte nicht beobachtet worden ist), kann man ein solches Freibleiben (unwahrscheinliches) des kortikalen Facialiscentrums bei Befallensein der benachbarten Centren mit Recht bezweifeln.

Es erinnert diese Lokalisation, besonders mit den Angaben der Frau über ein Spannungsgefühl (tonische Kontraktion?) während des Anfalls und vorausgehenden Schwindel an die Jackson'sche Epilepsie; aber dazu sind doch die Erscheinungen viel zu gering.

Aber das Fehlen irgend welcher nennenswerten Erscheinungen in den Zwischenzeiten zwischen den Anfällen lässt doch mit einiger Sicherheit eine organische Ursache ausschliessen, sodass wir auch die Störungen in diesem Falle zu den hysterischen oder funktionellen hinzurechnen können.

* * *

Periodisch auftretende Lähmungen bei der Hysterie sind nicht ganz selten. Ein einmaliges Auftreten von einer Lähmung gehört bekanntlich zu den häufigsten Symptomen der Hysterie. Und da die Hysterie als solche nach Verschwinden einer oder mehrerer ihrer Symptome noch in den meisten Fällen nicht getilgt ist, ist hier nichts Besonderes, wenn bei bestehender Prädisposition dasselbe Glied, welches schon einmal betroffen war, abermals gelähmt wird. Durchaus nicht selten sind bekanntlich zurückgebliebene, eine kürzere oder längere Zeit audauernde Lähmungserscheinungen nach einem hystero-epileptischen Anfalle.

Aber solche andauernde Anfälle, wie bei den von

mir angeführten Fällen, sind bei der Hysterie durchaus nicht häufig.

Ich erlaube mir hier zwei Krankengeschichten von Frauen zu citieren, welche ebenfalls an (ähnlichen) funktionellen Lähmungsanfällen litten, die von Dr. König in Dalldorf (Neurol. Centrbl. 1892, 11, 12, 13) beschrieben sind.

I. Fall: Frau H., geb. S., aufgenommen den 17. XII. 91. Anamn. Keine hereditäre Belastung. P. will auf der Schule sehr gut gelernt haben; mit 18einhalb Jahr menstruiert; Menstruation stets regelmässig; während der Periode Kopfschmerzen. War 3mal verheiratet. Das erste Mal 1865—72; aus dieser Ehe 7 Kinder (jetzt tot), 5 Aborte; über eine syphilitische Infektion ist nichts zu ermitteln. 2. Ehe 81—83; aus dieser Ehe ein schwächliches Kind und 3 Aborte. 3. Ehe 1885; Pat. liess sich bald scheiden. 1868 will Pat. im Wochenbette psychisch erkrankt sein, ohne dass sie aber nach einer Irrenanstalt gebracht wurde; seitdem ist sie „nervös"; will längere Zeit viel Opium und Morphium gebraucht haben.

Seit 4 Jahren ist die Periode nicht mehr regelmässig und sehr spärlich. Im August vor 4 Jahren bekam Patientin zum ersten Male einen „Schlaganfall." Sie hatte bis 2 Uhr Nachts in der Wirtschaft gearbeitet. Die Nacht über schlief sie nicht; „es war ihr so komisch im ganzen Körper;" als sie morgens früh aufstehen wollte, konnte sie nicht; die rechten Extremitäten waren ganz lahm; sie konnte nur noch nach Hilfe rufen, dann versagte ihr die Sprache vollständig; wenn sie sprechen wollte, war ihr so, als wenn ihr Jemand die Zunge zurückhielte. P. wurde auf ärztliche Anordnung nach dem katholischen Krankenhause gebracht. Am 2. Tage konnte sie schon wieder sprechen, stotterte aber anfangs, „wie ein kleines Kind", auch war die Stimme heiser; P. will auch auf der ganzen rechten Körperhälfte kein Gefühl gehabt haben. Am 12. Tage wurde sie auf eigenen Wunsch entlassen, schleppte aber das rechte Bein; nach Hause angelangt, bekam sie nach 2 Stunden einen Rückfall, welcher sie 3 Monate lang ans Bett fesselte. Die Schwäche in den

rechten Extremitäten soll nie ganz gewichen sein. Im Jahr 1890 oder 91 will sie wieder einen „Schlaganfall“ gehabt uud 6 Wochen im Bett gelegen haben. Anfälle von Verlust der Sprache, sowie vorübergehende Zunahme der Lähmungserscheinungen will sie öfters gehabt haben. Vor 2 Jahren Influenza, darauf Verlust des Sehvermögens, Heilung nach 8 wöchentlicher Behandlung auf der Schweigger'schen Klinik. 1890 befand sich P. vom 15. IV. bis 13. V. in der Neuen Charité, äusserte Verfolgungs- und Vergiftungsideen, gebessert entlassen. Am 8. XII. 90 zweite Aufnahme in die Charité wegen „Epilepsie“(?).

In der Charité äusserte Patientin Verfolgungs- und Vergiftungsideen, war wenig zugänglich. Am 17. XII. erfolgte ihre Ueberführung nach Dalldorf. Psychisch zeigte sich Patientin zunächst ruhig, aber sehr zurückhaltend, klagte über allgemeine Schmerzen, namentlich in den Gelenken.

Somatisch wurde Folgendes konstatiert: mittelgrosse, mässigkräftige, etwas anämische Frau. Schädel bei leichter Perkussion überall sehr empfindlich.

S. 6/18, H 1/60, S.6|9. Liest binocular mit + 1;16 Sn. 0,8 in $^1/_2$ m Pupillen reagieren auf Licht und Akkommodation. Insufficienz der Interni. A.B. sonst frei. Gesichtsfeld nicht ermüdbar, für weiss und Farben leicht eingeschränkt. Der rechte Mundwinkel steht etwas tiefer als der linke; die rechte Nasolabialfalte ist nicht so deutlich ausgeprägt, wie die linke; Zunge zittert stark, deviiert beim Vorstrecken nach rechts; keine Bissnarben. Beim Oeffnen des Mundes wird der Unterkiefer erst nach rechts und dann nach links verzogen. Keinerlei Sprachstörung. Pharynx- und Kehldeckelreflex fast aufgehoben. Geschmack und Geruch bds. vorhanden. Uhr wird links 1 m, rechts 1 viertel m weit gehört. Trommelfell normal. Puls 82, regelmässig, von mittlerer Spannung. Herztöne rein, über den Lungen bronchitische Geräusche. Die rechte Schulter steht etwas tiefer als die linke. Beim Heben beider Arme bleibt der rechte zurück. Händedruck bds. gleich schwach. Keine Mitbewegungen in den Fingern der rechten Hand bei entsprechender Bewegung links. Grobe Kraft des rechten

Beines deutlich herabgesetzt. Bewegungen im rechten Fussgelenke werden viel langsamer und kraftloser ausgeführt wie links.

P. klagt über Schmerzen im rechten Schulter- und Hüftgelenk, welche nach den Extremitäten ausstrahlen und bei aktiven wie passiven Bewegungen zunehmen. Die Gelenke erweisen sich bei passiven Bewegungen als frei. Sehnenphänomene lebhaft; Pinselberührungen werden überall gefühlt und gut lokalisiert. Nadelstiche will P. rechts manchmal nicht so scharf fühlen wie links (von einer genaueren Untersuchung muss wegen der Unaufmerksamkeit der Patientin heute abgesehen werden).

Keine Ataxie. Beim Gehen schleppt P. das rechte Bein auf der ganzen Fusssohle, wobei das Bein im Kniegelenk fast gar nicht gebeugt wird.

Nachdem sich P. etwas im Gehen geübt hat, schleppt sie das Bein etwas weniger. Pat. hat die Neigung etwas nach links zu fallen. Beim Versuch, die Füsse zu schliessen, fällt Pat. sofort um. Urin ohne Eiweiss und Zucker.

6. Januar. Zanksüchtig, klagt dauernd über die heftigsten Kopfschmerzen, hauptsächlich im Hinterkopfe. Bis jetzt jede Medikation ohne Erfolg. Ord. Kal. jod.

8. I. 8 Uhr früh. Pat. soll seit 5 Uhr stöhnend daliegen. Als sie frühstücken sollte, sagte sie: „ich kann nicht,“ ebenso als man sie aufforderte aufzustehen.

Status: Pat. nimmt eine passive Rückenlage ein, stöhnt leise; die Extremitäten fallen, wenn man sie aufhebt, schlaff herunter. Puls 120, regelmässig, klein. Temp. nicht erhöht. Beim Versuch die geschlossenen Augen der Pat. zu öffnen, macht sich ein deutlicher Spasmus in den Augenlidern bemerkbar. Pupillen mittelweit, verengern sich bei Lichteinfall. Zuweilen kontrahiert P. den M. corrugator auf einige Sekunden. Keine Zuckungen. Bei Stichen in die Fusssohlen erfolgt rechts Adduktion des Fusses, links wird das Bein lebhaft zurückgezogen und über das rechte gelegt. Bei Stichen in die Nasenscheidewand fährt die Pat. zusammen.

Nachmittags: P. hat nichts gegessen, reagiert auf

Anreden, aber nur durch Gesten, giebt zu verstehen, dass sie heftige Kopfschmerzen und Durst habe; dieselben hätten 1—2 Tage gedauert; sie könne nicht sprechen, weil die Zunge ihr so dick und schwer sei. Die Zunge weicht beim Vorstrecken auffallend weit nach rechts ab und kann nicht über die Mittellinie nach links gebracht werden; rasche Zungenbewegungen werden auch nicht ausgeführt. Ein Versuch, die Sprache durch Suggestion bezw. Faradisation des Kehlkopfes hervorzubringen, gelingt nicht.

10. I. Spricht heute ganz gut, giebt an, sie habe schon gestern Abend sprechen können, hätte aber eine Zeit lang gestottert; allmählich sei die Sprache erst wieder normal geworden. P. schleppt das rechte Bein; beim Versuch zu gehen, geräth der ganze Körper in ein derartiges Zittern und Schwanken, dass P. nach einigen Schritten sich anhalten muss, um nicht hinzufallen; den r. Arm kann sie nicht über die Horizontale heben; Schmerzen im Schultergelenk und ganzen r. Beine. Bei passiven Bewegungen finden sich übrigens nirgends Spasmen.

20. I. Eintritt der Menses; dieselben sind äusserst spärlich.

26. I. Einige Versuche, P. zu hypnotisieren, misslingen. Es gelingt nur, sie so weit zu bringen, dass es ihr schwer wird die Augen zu öffnen.

30. I. P. hat sich psychisch erheblich gebessert, ist freundlich, ruhig, fleissig und passt bei der Untersuchung bedeutend besser auf, wie neulich. Die Kopfschmerzen haben fast ganz nachgelassen.

Beim Oeffnen des Mundes geht derselbe stets erst etwas nach rechts und dann energisch nach links. Facialis, Hypoglossus wie neulich. Die Stimme ist nicht heiser, Husten ziemlich klangvoll. Bei Perkussion des VII-Stammes erfolgt bds. Zuckung im Mundwinkel; links wird die Perkussion sehr unangenehm empfunden, rechts nicht. Pinselberührungen werden überall gefühlt und richtig lokalisiert. Hypalgesie (für Nadelstiche) im Bereich der behaarten Kopfhaut sowie auf der ganzen r. Körperhälfte inclusive der Schleimhäute. Geschmack und Geruch rechts deutlich herabgesetzt. Uhr l. 1 M., r. eindrittel M. weit

gehört. Leitung durch die Kopfknochen deutlich herabgesetzt.

Bei der Untersuchung des Temperatursinnes stellte sich eine interressante Dissociation heraus, insofern als „heiss“ rechts weniger intensiv gefühlt wird als links, die Empfindung für „kalt“ hingegen gesteigert ist. P. macht die recht charakteristische Bemerkung, wenn man ihr einen kalten Gegenstand anlegt: „Links drücken sie mehr, rechts ist es aber kälter.“ Auch die Lagewahrnehmung zeigt rechts eine leichte Störung, indem ganz geringe Stellungsveränderungen der Finger r. nicht immer zur Perception gelangen; Pat. giebt auch spontan an, dass sie bei passiven Bewegungen rechts „ein dumpferes Gefühl“ in den Gelenken habe, wie links. Umfang des r. Oberarmes 23 cm, des l. 23,5; Umfang der r. Wade 30 cm, der l. 32 cm. Elektrische Erregbarkeit ist nirgends weder quantitativ noch qualitativ verändert. Gesichtsfeld wie neulich. In der Gegend des 3.—4. Wirbels ein schmerzhafter Druckpunkt. Pat. hält den Kopf etwas steif nach rechts und hinten geneigt; dabei treten Sterno-cleido-mastoideus u. Cucullaris sehr deutlich hervor. Die aktiven und passiven Bewegungen des Kopfes sind nach links alle sehr eingeschränkt und schmerzhaft, Bewegung nach hinten so gut wie aufgehoben und äusserst schmerzhaft. Die Kieferbewegungen sind auch nicht besonders ausgiebig. Beim Kauen will Pat. auf beiden Seiten „ein Spannen“ haben, sie kann den Mund nicht sehr weit öffnen und ihn auch nicht länger als einige Sekunden lang offen halten, weil sie Schmerzen in den Kaumuskeln bekommt. Ferner sieht man bei geöffnetem Munde, dass die anfangs gerade liegende Zunge bald mit der Spitze nach der r. Seite abweicht und allerhand unregelmässige Spontanbewegungen macht. Pat. hat übrigens gestern bei Gelegenheit eines Tanzvergnügens ganz flott getanzt.

6. II. Transfektversuche mit dem Magneten ohne Erfolg. Klagt heute über ängstliches Gefühl; die ganze eine Seite sei ihr so lahm, könne heute schlecht stricken; das Gefühl in der rechten Seite sei stumpfer wie sonst. Pat. spricht etwas heiser, der Husten ist klanglos, beim

Singen klingt die Stimme heiser, schnappt über (singt sonst ganz leidlich); Pat. wundert sich selbst über die Heiserkeit, sei doch nicht erkältet. Laryngoskopische Untersuchung nicht möglich, da Pat. den Mund nicht genügend weit öffnen kann. Pat. kann den vorderen Arm nicht einmal zur Horizontale heben. Dynamometer r. = 0; l. = 20. Schleppt das rechte Bein.

9. II. War heute Mittag eine Stunde lang verwirrt, sprach von Mäusen, suchte sie unter dem Bette, beging auch allerhand äussere zwecklose Handlungen. Pat. kann nur mit grosser Anstrengung gehen, macht ganz kleine Schritte, schwankt wie betrunken, schleppt das rechte Bein auf der ganzen Fusssohle. Augenhintergrund normal.

20. II. Die Lähmungserscheinungen sind etwas zurückgegangen; klagt über häufigeren Drang zum Urinieren. Hört zuweilen Stimmen.

Es lässt sich deutlich nachweisen, dass die Saugkraft des rechten Mundwinkels erheblich schwächer als die des linken ist (durch Aussaugenlassen eines Fingers abwechselnd mit dem rechten und dem linken Mundwinkel); diese Schwäche wird auch von der Pat. selbst empfunden.

Fall II. Frau M., geb. K., wurde am 12. XI. 91 in Dalldorf aufgenommen.

Anamn.: keine hereditäre Belastung; Pat. will stets gesund gewesen sein; seit 1867 verheiratet; eine 21jährige Tochter leidet seit dem 2. Jahre an einer linksseitigen Lähmung aller 3 Aeste des VII, ist aber sonst gesund und leidlich intelligent. 2 Kinder tot. Pat. wurde vor 15 Jahren von ihrem Manne verlassen. Periode nicht mehr seit 2 Jahren. Keine Infektion; Potus, Trauma capitis in Abrede gestellt. 1889 am 3. IX. erlitt Pat. beim Mittagessen einen „Schlaganfall, wobei das Bewusstsein erhalten blieb; unmittelbar vorher bemerkte sie einen eigentümlichen sauren Geschmack im Munde. Plötzlich fiel ihr der Löffel aus der Hand, der Arm sank ihr herunter; das rechte Bein war ganz gelähmt, sie empfand heftige Kopfschmerzen und konnte kein Wort sprechen; „die Zungenmuskeln waren mir so schwer.“ Den Wortbegriff will sie gehabt

haben, konnte die Worte nur nicht aussprechen. Nach Angabe der Tochter hat Pat. gleich nach dem Anfall, als der Arzt hinzukam, Spitze und Kopf der Nadel auf der gelähmten Seite unterscheiden können. Die Sprache soll sich nach einigen Tagen unter Stottern wieder eingefunden haben. Nach 5 Monaten sollen alle Krankheitssymptome wieder verschwunden gewesen sein. Seit der Zeit hat sich die Krankheit nach Angaben der Tochter und der Pat. selbst wieder eingestellt, meist ganz akut; wenn Pat. am Abend sich noch ganz wohl fühlte, konnte sie den nächsten Tag, wenn sie aufwachte, die rechte Extremitäten schlecht bewegen. Die Sprache war so undeutlich, dass sie von fremden Leuten gar nicht verstanden wurde. Dieser Zustand dauerte 8—14 Tage, manchmal auch 3 Wochen, war so regelmässig, dass man es vorher sagen konnte. Immer waren die Lähmungserscheinungen von Angst und Erregungszuständen begleitet.

In einem solchen Zustande wurde Pat. am 4. XI. 91 nach der Charité gebracht. Hier wurde folgender Status aufgenommen: Pat. ist ruhig, beim Gehen schleppt sie das rechte Bein deutlich nach, setzt dasselbe mit dem Hacken leicht stampfend auf. Pupillen gleich, etwas eng, Reaktion auf Licht erhalten. Stirn wird gleichmässig in Quer- und Längsfalten gelegt, Lidschluss bds. prompt. A. B. frei; r. Nasolabialfalte mehr verstrichen; rechter Mundwinkel hängt etwas; Zunge deviiert beim Hervorstrecken leicht nach rechts, zittert nicht auffallend. Der weiche Gaumen hebt sich beim Phonieren nur sehr mässig, die Sprache zeigt deutlich artikulatorische Störung, neben Verlangsamung noch aber Beiklang. Beim Sprechen bemerkt man ein starres Inaktiontreten der von VII versorgten Mundmuskeln. Puls regelmässig, von mittlerer Spannung, 80 in der Minute, keine Arteriosklerose. Herzaktion regelmässig. Rechte Oberextremität zeigt keine Atrophie. Grobe Kraft deutlich herabgesetzt; aktive und passive Bewegung in allen Gelenken ohne Widerstand und ausgiebig ausführbar. Auch an der rechten Unterextremität keine Atrophie. Kniephänomen beiderseits sehr lebhaft. Kein Achillessehnenphänomen. Bei oberflächlicher Prüfung der

Sensibilität mit der Nadel werden Stiche auf beiden Körperhälften gleich schmerzhaft angegeben.

12. XI. wurde Pat. nach Dalldorf übergeführt, wo am 16. XI. folgender Status aufgenommen wurde: Mittelgrosse, mässig kräftige, magere, anämische Frau. Schädel auf Beklopfen nirgends empfindlich. Pupillen R = L, mittelweit, reagieren prompt auf Licht und Konvergenz, A. B. frei. Beim Blick nach rechts tritt ganz leichtes Zucken der Bulbi ein. Gesichtsfeld für Weiss und Farben normal, zeigt keine Ermüdungserscheinungen. H = ein Zwanzigstel. S. sechs Neuntel (?). Liest binokular mit + ein Zehntel M. 0,6 in 35 cm. Augenhintergrund normal. Ohrläppchen angewachsen. Im Stirn- und Augenfacialis keine Paresen. Die rechte Nasolabialfalte etwas schwächer als die linke. Beim Lachen keine Differenz in der Innervation. In der Ruhe hängt der rechte Mundwinkel etwas. Pfeifen, Lippenschluss, Schnalzen mit der Zunge gut ausführbar. Zunge kommt deutlich nach rechts heraus, zittert nicht. Pharynx- und Kehldeckelreflex fehlen.

Sprache deutlich nasal, keine Artikulationsstörung, Vokale und Konsonanten werden alle gut ausgesprochen. Keine Schlussstörung; Husten klingt kräftig. Kornea- und Konjunktivalreflexe bds. deutlich. Nasenschleimhautreflex fehlt. Geruch und Geschmack bds. gleichmässig vorhanden. Puls 90, regelmässig, etwas gespannt. Arterie nicht geschlängelt. Undulieren der Halsvenen. Erster Aortenton vielleicht nicht ganz rein (?).

In der Lunge nichts.

Beim Heben beider Arme bleibt der rechte etwas zurück; Dynamometer bds. 35. Schnelle Fingerbewegung werden bds. gut ausgeführt. Keine Ataxie und Sensibilität in allen Qualitäten erhalten. Mechanische Erregbarkeit der Muskeln deutlich gesteigert (idiomuskuläre Wülste). Sehnenphänomene der Oberextremitäten nicht gesteigert. Kniephänomene, Achillessehnenphänomene lebhaft; kein Fussklonus, kein paradoxes Phänomen. Bauchdeckenreflex bds. nicht vorhanden. Beim Kitzeln der Fusssohlen werden beide Beine lebhaft zurückgezogen, dabei keine wahrnehmbare Plantarflexion der Zehen. Bei brüsken passiven Be-

wegungen keine Spasmen in den Unterextremitäten. Beide Beine werden in der Rückenlage fast ad Maximum erhoben und zittern nicht, auch beim langsamen Herunterlassen. Grobe Kraft im rechten Beine gegenüber dem linken herabgesetzt. Bei schnellen Bewegungen der Beine sowie bei Zehenbewegungen keine erhebliche Differenz zwischen rechts und links. Kniehockenversuch geht gut. Bei geschlossenen Füssen und Augen tritt starkes Schwanken ein. Pat. geht etwas steif, hängt eine Spur nach rechts, zieht das rechte Bein nicht nach, steht auf dem rechten Beine ebenso sicher wie auf dem linken. Psychisch zeigt sich Pat. ganz klar, giebt eine ziemlich genaue Anamnese und hat Krankeneinsicht. Die Lähmung sei jetzt ganz gut, nur die Sprache müsse noch besser werden; in 3—4 Tagen werde auch dies wohl der Fall sein.

Ehe der Anfall komme, sei ihr so, als kriege sie einen Schreck über etwas, dann würde sie schwach und die Lähmung trete ein. Sie habe dann auch keinen Trieb zum Arbeiten; arbeite doch sonst so gerne. „Dann kann ich auch nicht ordentlich sehen, als wenn mir etwas auf die Augen liegt, möchte dann immer schlafen.“ Manchmal habe sie während des Anfalls Erscheinung, sähe Männer, höre Stimmen; auch Globusgefühl und grosse Angst. Urin ohne Zucker und Eiweiss. Im Laufe der folgenden Tage verschwindet die Sprachstörung ganz: alles übrige bleibt im Status quo.

12. XII. War die Sprache wieder sehr undeutlich; deutliche artikulatorische Störung. Rechte Hand schwächer als die linke. Parese der rechten Extremitäten deutlich. Zunge deviiert nach rechts, ist nach allen Richtungen frei beweglich.

8. II. Status praesens: Schädel, Augen etc. wie früher. Der rechte Mundwinkel steht etwas tiefer als der linke. Beim Oeffnen des Mundes geht derselbe eine Spur nach links. Zunge kommt deutlich nach rechts heraus, kann aber nach allen Richtungen bewegt werden. Rasche Zungenbewegungen gehen leidlich. Zäpfchen steht nach rechts; das rechte Gaumensegel steht etwas tiefer als das

linke; beide heben sich bei der Intonation. Pharynx- und Kehldeckelreflex fehlen. Beim Sprechen wird oft die linke Gesichtshälfte stärker innerviert als die rechte. Im allgemeinen tritt aber die Parese in der Ruhe stärker hervor. Die einzelnen Vokale und Konsonanten werden gut ausgesprochen, sonst spricht Pat., wie wenn sie einen Klotz im Munde hätte. Ausserdem ist die Sprache nasal.

Gesichtsfeld normal.

Die vord. Schulter steht etwas tiefer, als die linke. Beim Erheben der Arme bleibt der rechte etwas zurück. Dynamometer l. = 20, r. = 10. Keine Atrophie; Kopfbewegungen frei. Keine schmerzhaften Druckpunkte. Bei Bulbusdruck tritt keine unangenehme Empfindung ein. Bauchdeckenreflex beiderseits nicht deutlich. Keine Ataxie in den Oberextremitäten. Im rechten Bein und Fuss werden alle Bewegungen weniger ausgiebig und mit viel geringerer Kraft ausgeführt als links. Beim Kniehockenversuch tritt rechts eine deutliche Unsicherheit zu Tage, namentlich bei Augenschluss. Keine Spasmen. Kniephänomene von gewöhnlicher Intensität. Gehör, Geruch, Geschmack beiderseits gleich gut. Pinselberührungen und Nadelstiche werden auf beiden Seiten überall gleichmässig empfunden und gut lokalisiert. Die Lagewahrnehmung nirgends gestört. Heiss wie kalt werden rechts und links in normaler Weise empfunden. Bei geschlossenen Augen und Füssen leichtes Schwanken, welches auch bei Ablenkung der Aufmerksamkeit nachlässt. Man sieht, dass Pat. mit dem rechten Beine Bewegungen macht, um das Gleichgewicht zu erhalten, was links nicht der Fall ist. Pat. fällt aber nicht hin. Beim Gehen knickt Pat. nach rechts ein, schleppt aber das Bein nicht; steht heute auf dem linken Bein weit besser wie auf dem rechten.

11. II. Sprache fast nicht zu verstehen. Pat. spricht wie wenn sie sich ein Taschentuch in den Mund gestopft hätte, dabei spricht sie aber die einzelnen Buchstaben des Alphabeths ziemlich deutlich aus. Beim Sprechen macht Pat. allerhand grimassierende Mitbewegungen. Pat. schwankt beim einfachen Stehen, hat die Neigung nach rechts zu fallen, muss sich an dem Tische anhalten. Bei geschlos-

senen Füssen, aber offenen Augen fällt Pat. sofort nieder. Beim Gehen schleppt sie das Bein auf der ganzen Fusssohle, zittert am ganzen Körper, geräth nach den ersten paar Schritten in so starkes Schwanken, dass sie sich, um nicht hinzufallen, anhalten muss. Hochgradige Schwäche im rechten Arm. Alles Übrige unverändert. Keine Herabsetzung der Sehschärfe gegen früher. Pat. zeigt sich auffallend ängstlich.

17. II. Noch immer etwas ängstlich. Sprache viel besser, Hemiparese sehr wenig ausgesprochen. Dynamometer 35 beiderseits.

19. II. Dynamometer l. = 35; r. = 0; klagt über Schwindel, Hemiparese wieder deutlicher.

22. II. Sprache viel besser; Bein wird nicht geschleppt; Hemiparese aber doch noch deutlich. Klagt über Angst. Elektrische Untersuchung ergiebt nichts Besonderes.

1. III. Kommt mit vergnügtem Gesichtsausdruck auf den Arzt zu. Es gehe ihr jetzt ganz gut. Sprache absolut normal. Das rechte Gaumensegel etwas tiefer als das linke; rechter Mundwinkel hängt etwas; Zunge deviiert beim Vorstrecken eine Spur nach rechts. In der Mundhöhle liegt sie grade, macht ganz leichte Spontanbewegungen. Saugkraft des rechten Mundwinkels deutlich geringer als des linken. Händedruck rechts schwächer als links. Gang ganz gut, stützt sich auf das linke Bein etwas mehr als auf das rechte. Es ist niemals gelungen die Pat. zu hypnotisieren.

14. III. Heute Verschlimmerung und Hemiparese.

19. III. Status idem.

Diese Fälle benutzt Dr. König als Beitrag zur Kasuistik über funktionelle VII- und XII-Parese, da Charcot bekanntlich noch bis in die letzten Jahre des vorigen Jahrzehnts stets behauptet hat, dass eine hysterische VII-Parese nicht vorkommt. Ueber die Natur dieser Krankheitsfälle äussert sich König bei der weiteren Besprechung, dass der erste Fall zweifellos funktioneller und der zweite sehr wahrscheinlich funktioneller Natur ist.

Von den in der Litteratur beschriebenen Fällen mit recidivierenden hysterischen Lähmungen will ich nur diejenigen erwähnen, bei welchen die recidivierende Lähmung dasselbe Glied oder dieselben Glieder betraf. (Recidiv. hyst. Lähmungen, welche das 1. Mal ein Glied, das andere ein anderes Glied betrafen, berühre ich nicht.)

Solche Fälle sind mitgeteilt worden unter Anderen ausser König von Ferreol (Neurol. Centrbl. 1886 p. 68) [2], Millard (Ibid.), Sperling (Neurol. Centrbl. 1888. 1. 379), Marie et Souza-Leite (Revue de méd. 1885. p. 421), Charcot (Gazette des hôpitaux. 1886. N. 5; 6), Oseretzkowski (Archives de Neurol. 1886. 2. p. 265.) [3], Donath (Neurol. Centrbl. 1892. s. 156.), Bremer(The Alienist and Neurologist April 1892.) Von diesen gehört der Fall von Bremer mehr zur Hystero-Epilepsie (die nicht seltenen Fälle von Lähmung nach einem hystero-epileptischen Anfall beschreibe ich nicht) und im Millardschen Falle traten die Anfälle nach vorhergehender Bewusstlosigkeit auf (er ist aber nur kurz beschrieben).

Ich lege hier eine Tabelle bei, wo alle diese Fälle kurz, aber mit allen wichtigsten Krankheitserscheinungen wiedergegeben sind.

Ich will aus dieser Tabelle besondere Schlüsse nicht ziehen, da erstens die Zahl der Fälle dazu zu gering ist und zweitens würden diese Schlüsse nichts Neues liefern, da die Symptomatologie dieses Leidens bei der Häufigkeit desselben so ausgebildet ist wie vielleicht nur bei wenigen anderen Krankheiten.

	Gschl.	Alt.	Dauer d. Lähmung.	Vorherrschende Form des Befallenseins. Motil.	Sensib.	Seite.	Alter in welche zum 1. Mal
1. Ferreol, N 1.	M.	34	1. mal jahrel., 2. mal Beinn. Tg. Arm noch gelähmt, 15M.		Hemianäst. auch a. sämtl. betr. Sinnesorganen.	l.	20
2. „ „	M.	25		Ptosis bds., l. stärker, l. monocul Polyopie	Rechts Hemianästh. incl. Einengung d. Gesichtsfelds.	bds.	20
3. Millard.	M.	35	In 5 Mon. 3mal.	Hemipar.	Hemianästh., Abschwäch. d. Geruchs.	l.	35
4. Sperling	W.	14	In 7 Wochen 1mal.	Paraparese (Beine) u. r. Monoparese.	0.	Zum 2. Mal r.	Vor 2 Jahren
5. Marie et Souza-Leite	W.	30	3—4 Tage.	Monopl. am r. Arm. Am r. Bein sensib. u. vasomot. Stör.	Hem. r. Stör. d. Geruchs u. Geschmacks.	r.	29
6. Oseretzkowski	M.	44		Paral. bd. Bein. u. d. r. Armes.	Hemianästh. r.	bds.	39
7. „ „	M.	24	1 Monat, Stör. 3 Tage.	Parapleg. d. Beine.	Sensibil. in d. unt. Körperh. geschw. i. d. ob. herabgesetzt.	bds.	20
8. „ „	M.	34	1. Mal 2 Mon., 2. Mal 2 Mon.	Parapleg. d. Beine.	Sensibil. in der unt. Körperh. erloschen.	bds.	33
9. Donáth	W.	26		Pupill- u. Akkommodlähm.		unbek.	
10. Charcot	M.	37	2—3 Mon.	Hemipl. nach letharg. Zustd.	Inselförm. Anästhesien a. d. ganz. l. Seite.	l.	31—32
11. Bremer	M.	16	1mal einig. T., 2mal paar St.	Paral. Nachh. gelähmt a. gnz. Korp. m. Ausn. d. r. Lides.	Sensib. st., sämmtl. Sinne ausser d. r. Auge gestört.	l. oder bd.	15
12. König	W.	49		Hemipl.	Entspr. Sensibil. st. incl. Sinne.	r.	45
13. „	W.	52	1—3 Woch.	Hemipl.	0.	r.	50
14. Mein	W.	51	eine viertel bis e. halbe Std.	Hemipar.	Sensib. st. auf d. entspr. Seite auch d. l. Zungenh., l. inn. Wange.	l. früh. r.	50
15. „	W.	41	eine viertel bis e. halbe Std.	Hemipar.	Nur a. d. recht Wange Parästhesien (?)	r.	40

sache.	Zum 2. Mal bezw. Wiederkehr.	Besondere Erscheinungen.	Lähmungsform:	Atrophie.	El. Reust.	Zeichen der Allg. Hy.
tzlich.	Vor anderth. J., Schlag a. d. Kopf, wurde dabei bewusstlos.			am Arm.	Normal.	Anfälle seit mehr. Jahren.
einem g. umossen.	Die Lähmungen treten bei Ermüdung auf.			r. Arm u. Bein pectorales.		
zl., w. ustl. L. ckgbl.	Bis jetzt 3mal, jed. Mal nach e. Anfall v. Bewusstlosigk.					
tzlich.	Nach 1 Jahr u. 9 Mon.					D. Erscheinung. h. e. Myel. lumb getäuscht.
tzlich.	Nach 2 Mon. der zweite					Hy. seit lng. Zeit.
	Nach 2 J. Parapl. beid. Beine. Nach 6 M. wied. dasselb.	Retentio Urinae, b. Umdr. a. d. Seite aktive Beweg., sein Kind fiel einst vom Bette u. er stellte s. auf d. Beine, Sprachstörung früher.				Allg. Zeichen d. Hy.
Baum unterstürzt.	Nach 4 J., leichte Verletzung ein. linken Zehe.	Verlust der Sprache. Auf Befehl geht er (anfangs unsicher). Eintäg. Ptosis mit Schmerz über d. Auge, starke Patellarreflexe.	l. Bein Contract. contr. in Extension i. d. Flexoren.			
tzlich.	Nach 5 Monaten plötzlich.	Kniereft. gesteigert, (d. r. Bein kann er im Liegen beweg.). Urin entleert mit d. Katether.				
		Period. Pupillen- u. Akkommodationslähm.				Hyst. Erschein.
ein. harg. tande.	wiederholen sich.					Hyst. Erschein.
tzlich.	häufig.	Tief. Schlaf, Bewusstlosigkeit, während d. Lähm. Kniereft. geschwund., Dyschusie, st. Herabsetz. d. Temp. u. Pulses i. Anfalle.				Hys.-epileptische Anfälle.
zlich, aganf. tung?)	wiederholt.	Währ. d. Anf. Sprachst. u. Schmrz i. d. Extr., Spasmen i. Bereiche bd.		Atrophie i. d. gl. Extrem.		
	mot.	V u. XI, u. Innervat. st. i. VII u. XII.				
zlich aganf.	alle 4—5 W.	Artikul. Sprachst (XII) u. VII-Lähmungsersch.				Allgem. Zeichen.
zlich.	oft.	früher Sprachstörung als die Lähmung rechts war.				Hyst. Erschein.
zlich.	oft.					Hyst. Erschein.

Aber Einiges aus dieser Tabelle fordert doch eine nähere Besprechung.

Erstens ist aus derselben ersichtlich, dass die Dauer des Bestehens der einzelnen Lähmungen in jedem Falle bei demselben Patienten fast dieselbe ist; dafür sprechen die Fälle von Charcot, von Oseretzkowski, von Millard, von König (in diesen Fällen konnte die Dauer der einzelnen Lähmungsanfälle von einander nicht genau getrennt werden), von Ferreol (im ersten Falle ging die L. das erste Mal nur nach Jahre langer Dauer zurück; das zweite Mal bestand die bei der Beschreibung dieses Falles noch nicht zurückgegangen gewesene L. schon seit 15 Monaten), von Marie et Souza Leite und von mir.

Dass der befallene Teil häufig auch anästhetisch ist, ist leicht zu begreifen, da nach den Untersuchungen von Munk u. A. die Centren der motorischen und sensiblen Bahnen auf der Grosshirnoberfläche zusammenfallen, sodass bei Befallensein der psychomot. Sphäre der Rindenoberfläche auch die sensiblen Centren in Mitleidenschaft gezogen werden müssen (weil sie untereinander hier höchstwahrscheinlich Verbindungen eingehen).

Aber bekanntlich ist dies nicht immer der Fall, da die Ursache, die die hysterischen Erscheinungen hervorruft, höchstwahrscheinlich jede beliebige Stelle des Nervensystems zu ihrem Sitz haben kann. Solche Ausnahmen bilden hier z. B. der Fall von Sperling, der 2. König'sche und mein zweiter Fall (?).

Es kommt auch vor, dass beim Gelähmtsein eines Gliedes das andere anästhetisch (oder mit leicht herabgesetzter Sensibilität) sein kann, wie z. B. hier in dem 2. Ferreol'schen, dem 2. von mir angeführten Fall von Oseretzkowski.

Weiter ist aus dieser Tabelle ersichtlich, dass das abermalige Auftreten von Lähmungen entweder durch das Einwirken irgend einer äusseren Ursache (wie hier in dem 1. Ferreol'schen ein Schlag auf den Kopf oder im 2. Oseretzkowski'schen eine leichte Verletzung an einer Zehe), — oder als Ueberrest einer anderen hysterischen Erscheinung (wie z. B. im Falle von Charcot nach ein,

letharg. Schlaf oder nicht selten nach einem hystero-epileptischen Anfalle), aber häufiger plötzlich, ohne irgend welche nachweisbare Ursache zu Stande kommt.

Bei der spinalen Form, d. h. wenn der Ausgangspunkt der hysterischen Erscheinungen sich im Rückenmark befindet, kann auch wie bei den gewöhnlichen myelitischen Lähmungen die Blase afficiert sein, wie z. B. in den von mir angeführten 1. und 3. Fällen von Oseretzkowski.

Durchaus nicht selten wird bei der Hysterie, was aus diesen Fällen ersichtlich und was schon bekannt ist, der Oculomotorius ergriffen, und erinnert dies an die von mir Eingangs erwähnten periodischen III-Lähmungen, über deren Natur man noch nicht recht einig ist.

Dann ist noch zu bemerken, dass bei der Hysterie mit Lähmungserscheinungen das gelähmte Glied wegen des Nichtgebrauchtwerdens etwas atrophisch werden kann (mit erhaltener elektrischer Erregbarkeit); in den von mir angeführten Fällen war es im 1. Ferreol'schen und 1. König'schen.

Dass die elektrische Erregbarkeit bei der Hysterie in den gelähmten Gliedern keine Veränderung erleidet, ist bekannt; deswegen muss ich besonders des Falles, welchen Bremer beschreibt und zur Hysterie rechnet, erwähnen, in welchem die elektr. Erregbarkeit (sowie noch lange die Patellarreflexe) erloschen bezw. herabgesetzt waren; dadurch und wegen der anderen, unzweifelhaft hyster. Erscheinungen scheint er mir in der Mitte (oder als Verbindungsglied) zwischen der Hysterie und denjenigen Fällen, welche, wie ich schon früher erwähnt habe, von Westphal, Goldflamm u. A. beschrieben sind, zu stehen.

Die Sprachstörung kann bei der Hysterie eine zweifache sein: die häufigere Form ist die durch die Stimmbandlähmung verursachte, und die seltenere die artikulatorische, verursacht wahrscheinlich durch das Ergriffensein des psycho- motorischen Centrums des Hypoglossus. Die letztere Form, wie das auch leicht verständlich ist, kommt bei den Erscheinungen der rechtsseitigen Hemiplegie vor; von den von mir angeführten Fällen zeigen dieses Symptom die beiden König'schen und beide von mir selbst

beschriebenen (der erste meiner Fälle, Fr. L., hat jetzt bei den Anfällen keine Sprachstörung, da die Anfälle von Hemiparese jetzt links vorkommen, während früher, als die Anfälle die rechte Seite betrafen, auch die Sprachstörung da war).

Unter den von mir citierten 15 Fällen waren 3 mit hysterischen Lähmungserscheinungen an den Augen: 1) der 2. Ferreol'sche (Ptosis bds., l. stärker; (l. Polyopie)); 2) der 2. von Oseretzkowski (eintägige Ptosis mit Schmerzen über den Augen; 3) der Donath'sche (Pupillen- und Akkommodationslähmung). Bekanntlich ist die hysterische Affektion des rechten Opticus eine der häufigsten Erscheinungen; dasselbe gilt aber in diesem Grade nicht für die motor. Augennerven. Strümpell sagt, dass er nur ein Mal eine hysterische Dyplopie gesehen hat. Prof. Jolly in seinem Aufsatze über die Hysterie sagt: Von den Gesichtsmuskeln nehmen nur äusserst selten die den Bulbus bewegenden an der Lähmung Teil. Dagegen wird Lähmung eines Lev. palp. sup. oder dieser beiden Muskeln ziemlich häufig gefunden."

Da wir jetzt von der Lähmung der Augennerven sprachen, müssen wir doch auch der sogenannten periodisch recidivierenden III-Lähmungen kurz Erwähnung thun. Das stellt bekanntlich folgendes Symptomenkomplex dar: der Pat. bekommt in Zwischenräumen von verschiedener Dauer (1 Monat bis Jahre lang) Anfälle von Schwindel, migräneartige Kopfschmerzen, Erbrechen, Schmerzen im Auge, welche nicht selten nach der Stirn und Kopf ausstrahlen, gefolgt von einer kompleten oder inkompleten Lähmung des III. Diesen Symptomenkomplex nennt Charcot „migraine opthalmoplegique".

Die Ansichten über diese recidiv. III-Lähmungen sind verschieden. Es sind bis jetzt etwa 30 hierher gehörige Fälle beschrieben, von denen 3 tötlich endeten. Näheres darüber siehe ausser der erwähnten Litteratur bei Joachim (Deutsches Arch. f. clin. Med. p. 175. 1889) und Darkschewitz (Sammelwerk, herausgegeben zum Jubiläum von Prof. Koschewnikof. 1890. — russisch), wobei man jedes Mal eine palpable Ursache an der Basis cranii gefunden hat (Osteom, Exsudat, tubercul. Degeneration d. III).

Zu erklären haben das versucht Möbius, Mauthner, Senator, Charcot (Progr. med. 1890. 31, 32). Möbius nimmt eine mehr oder weniger palpable Ursache (Schwellung) am Kern selbst an (Sitz nukleär); Mauthner einen palpablen pathol. Prozess an d Basis cranii (Sitz peripher). Charcot ist geneigt einen inneren Zusammenhang mit der Migräne anzunehmen, besonders in den Fällen mit kurzem, rasch wiederkehrendem Verlauf, für welche er eine dauernde Läsion ausschliesst und als Ursache einen Gefässkrampf annimmt; dieser sich oft wiederholende Gefässkrampf macht schliesslich den Nerven zum locus mn. resistentiae, wonach eine organische Läsion entstehen kann — (Sitz basilar). Senator teilt sie in rein periodische und periodisch exacerbierende, je nachdem die Patienten in der Zwischenzeit ganz frei von L. sind oder nicht. Für die periodisch exacerbierende nimmter, auch wie alle übrigen Autoren, einen pathol. Prozess an den basis cranii an. Die rein periodischen Lähmungen bezeichnet er als hysterische oder als Reflexlähmung auf hyster. Basis. Senator hat mit dieser Ansicht am wenigsten Anhänger gefunden. Besonders wird diese Ansicht von Möbius bestritten: „Nur solche Muskelgruppen, welche durch seelische Vorgänge zur gemeinsamen Zusammenziehung gebracht werden können, können ihr (ein. seel. L.) unterliegen.

Eine III-L. kann nie hysterischer, nie seelischer Art sein.

(Jedenfalls wollte Möbius damit nicht sagen, dass es keine hysterische Ptosis giebt, ebenfalls durch L. eines Zweiges des III verursacht, da eine solche gar nicht selten vorkommt: z. B. unter den von mir angeführten Fällen 2 mal).

Was die hysterische Pupillar- und Akkommodatationslähmung anbetrifft, so ist diese in meiner Tabelle durch den von Donath mitgeteilten Fall vertreten; der Fall ist in der That interessant, da noch in der Rinde kein psycho-motorisches Centrum, welches von der die Hysterie bewirkenden Ursache betroffen sein soll, bisher bekannt ist.

Von hysterischer recidiv. Trochlearis- oder Abducens-

lähmung ist mir nichts bekannt. Paterson (Lancet II. 11. 1890.) hat zwar einen Fall von recidiv. VI -L. beschrieben; aber das ist kein hysterischer. Es sind noch einige Fälle von wiederholter VI-L. beschrieben worden, aber sie sind keine wirklich recidivierende sondern alternierende.

Recidivierende Facialislähmungen sind in der Litteratur mehrfach beschrieben, so namentlich von Möbius (Jahrb. 1885. 207, s. 249 u. Centralbl. f. Nervenheilkunde 1886. 7.), Bernhardt (Berl. kl. Wochenschrift 1889. 47.), Neumann (Archiv. de Neurol. 1888. p. 354.), Eulenburg (l. c. s. 494), Nieden (Centralbl. f. prakt. Augenheilkunde.) u. A. Sie sind zweierlei Natur: entweder auf einer anatomischen Ursache beruhend, wie z. B. verursacht durch eine Ohrenaffektion etc., oder „refrigatorische". Möbius denkt noch an eine nukleäre Läsion, ebenso wie bei der recidiv. III-L.; Bernhardt lässt noch die Möglichkeit einer infektiösen Ursache zu. Als hysterisch sind bis Ende des vorigen Jahrzehnts Facialislähmungen sehr selten diagnosticiert worden, da Charcot bekanntlich noch bis vor einigen Jahren der Meinung war, dass es keine hysterische Lähmung der VII gäbe.

Eulenburg, Bernhardt und vor allem Neumann nehmen für das Entstehen der refrigatorischen VII-L. eine hereditäre Praedisposition als Grundursache an: bei einem Praedisponierten wirkt jede Ursache, mag es Erkältung, Trauma, psychische Affektion sein, viel leichter ein. Meiner Ansicht nach spielt die individuelle Praedisposition allerdings eine grosse Rolle; aber eine vielleicht nicht geringere Rolle bei der häufigen Erkrankung des VII spielt das örtliche (anatomische Verhalten) Disponiertsein des VII selbst: kein Nerv im menschlichen Körper ist den äusseren Einflüssen in solchem Grade preisgegeben wie der VII.

Besonders kann er leicht der Wirkung der Witterung ausgesetzt sein, und es kann auf solche Weise die von Bernhardt angenommene neuritische Entzündung entstehen. (Auch Druck, Trauma können hier leicht eine Rolle spielen).

Neuerdings sind schon hysterische VII-Lähmungen diagnosticiert worden, so namentlich von König (noch viel früher von Oppenheim).

Hysterische recidivierende Hypoglossus - Lähmungen kommen vor und verursachen die artikulatorische Sprachstörung.

Ueber periodische Stimmbandlähmung bei der Hysterie schreibt u. A. Dr. Schech (Monatsschrift f. Ohrkde. 1883. No. 8.)

Da ich über die meisten Formen der periodischen hysterischen Lähmungen geschrieben habe, muss ich noch einer Form funktioneller Lähmung Erwähnung thun; um so mehr als der von mir citierte Fall von Bremer eine grosse Aehnlichkeit mit jener Form hat: das ist die Krankheitsform, welche zuerst in weiteren Kreisen durch die Arbeit Westphals bekannt geworden ist, obwohl schon auch früher ähnliche Fälle beschrieben worden waren, so namentlich von Romberg (Lehrb. d. Nerv. kr. 1857, p. 572), welcher sie für durch Malaria verursacht hielt, von Hartwig (Inaugur. Diss. 1874. Halle), Gibney (Amer. Journ. of Neurol. . . . . 1782) — ebenfalls für durch Malaria verursacht — Samuelsohn (Berl. kl. Wchschr. 1874) u. A.

Der Symptomenkomplex selbst besteht in allgemeinen Zügen in folgendem: Zuerst treten Parästhesien auf, dann tritt eine Lähmung ein, zuerst in den unteren Extremitäten, geht auf den Rumpf, dann auf die oberen Extremitäten über; in einigen Fällen war es den Pat. auch schwer zu sprechen, zu schlucken, zu niesen, zu husten (in dem Falle von Bremer war der Pat. total gelähmt, mit Ausnahme des r. Auges); das Bewusstsein ist dabei erhalten und die Sensibilität nicht gestört (in dem Falle von Fischl bestand teilweise Anästhesie der befallenen Unterextremitäten). Das wesentliche Symptom dabei ist das Verschwinden (oder starke Verminderung) der elektrischen Erregbarkeit und der Patellarreflexe. Im Westphal'schen Falle hat Oppenheim während des Anfalls stets die Zeichen einer Mitralisstenose bei sonst intaktem Herzen wahrgenommen.

Die Lähmung, welche nur eine kurze Zeit (einige Stunden) andauert, geht in umgekehrter Richtung zurück: zuerst obere Extremitäten, dann Rumpf etc. Als Ursache vermutet man die Einwirkung eines im Körper gebildeten Stoffes auf die Muskel- und Nervenendigungen.

Als noch eine Art periodischer Lähmung könnte man die s. g. Nachtlähmung bezeichnen, welche bei den sehr häufigen Beschäftigungsneurosen vorkommt, welche aber durchaus nicht der Hysterie angehört.

Fälle sind beschrieben von Steavenson (Practionner. 1886 p. 409), Bernhardt (Centrbl. f. Nervenheilkde. . . 1886. 2) u. A.

Ueber das Wesen der beschriebenen Lähmungserscheinungen lässt sich ebenso wenig Positives sagen, wie über das Wesen der Hysterie selbst. Vielleicht liefert uns das Mikroskop oder die Mikrochemie irgend welchen Aufschluss darüber; es wird sich wahrscheinlich herausstellen, dass die Lebenserscheinungen (oder vielleicht die Formen) der Zellen des Centralnervensystems bei dieser Krankheit stets oder zu einer gewissen Zeit verändert sind.

Zum Schluss erlaube ich mir meinen besten Dank dem Hrn. Prof. Mendel und dem Hrn. Dr. Bloch für die freundliche Zuweisung des Materials auszusprechen.

Thesen.

I.

Die Landquarantäne erfüllt ihren Zweck nicht und ist deswegen verwerflich.

II.

Die Spritzkur ist besser als die Schmierkur.

III.

Eine obligatorische Leichenverbrennung kann vom Staate nicht eingeführt werden.

Lebenslauf.

Ich bin mos. Konfession; geboren am 6. VI. 66 in Keidany (Russland). Mein Vater ist Kaufmann. Im Jahre 1880 bezog ich das Gymnasium in Schawli, Gouvern. Kowna, und absolvierte dasselbe im Jahre 1887. Zu Mich. 1888 bezog ich die Universität zu Berlin und studierte hier bis jetzt die Medizin. Am 30. VII. 90 bestand ich hier das Physicum und am 29. VII. 92 das Rigorosum. Von Juli bis Sept. 91 war ich Famulus bei Prof. Gerhardt.

Vorlesungen habe ich bei den folgenden Herren Dozenten gehört:

v. Bergmann, du Bois-Reymond, Ewald, Fräntzel, Gerhardt, Gusserow, Hertwig, Hirschberg, v. Hofmann (†), Horstmann, Kossel, Krabbe, Kundt, Klemperer, Leyden, Liebreich, Martin, Mendel, Pfeiffer, Rubner, Schweninger, Senator, Sonnenburg, R. Virchow, Waldeyer, Zuelzer.

Allen diesen Herren spreche ich meinen besten Dank aus.